

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THESE

260

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

Achot Allahverdi-BEKIAN

Né le 12 août 1900 à Choucha (Transcaucasie)

TRAITEMENT CHIRURGICAL

ET PLASTIQUE

DE LA

PARALYSIE FACIALE

PÉRIPHÉRIQUE

Président : M. F. TERRIEN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1932

500

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

Achot Allahverdi-BEKIAN

Né le 12 août 1900 à Choucha (Transcaucasie)

TRAITEMENT CHIRURGICAL

ET PLASTIQUE

DE LA

PARALYSIE FACIALE

PÉRIPHÉRIQUE

Président : M. F. TERRIEN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

—
1932

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE et
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . . . Physiologie.
 CHEVALLIER . . . Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY . . . Urologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNOÏ . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 LIAN . . . Pathologie médicale.
 N . . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale.
 N . . . Histologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils . . . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.
 VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 REPTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	MATHIEU. . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE . . .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.
BASSET. . .	Clinique chirurgicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions
mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme
propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni impro-
bation.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de profonde
affection.*

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur PIERRE SEBILEAU

Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qu'il me soit permis de lui exprimer
ma vive reconnaissance
pour la bienveillance qu'il m'a
témoignée pendant mon séjour
de près de trois années dans
son service de Lariboisière,*

A Monsieur le Professeur F. TERRIEN

Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A Monsieur le Docteur L. DUFOURMENTEL

*En témoignage de mon sentiment
d'admiration et de reconnais-
sance pour ses leçons de rare
valeur.*

A Monsieur le Docteur P. PILLIÈRE DE TANOUARN

*Je ne saurais trop lui exprimer
ma profonde gratitude et mes
remerciements pour ses con-
seils éclairés et pour la sin-
cérité de son amitié.*

A MM. les Docteurs

BONNET-ROY, BUREAU, CONSTAS, ELBAZ, MÉLIK,
Mme le Docteur NOËL, PASSOT, TRUFFERT
WINTER,

INTRODUCTION

L'idée du traitement chirurgical de la paralysie faciale a surgi pour la première fois à la fin du siècle dernier, en *Angleterre* et en *France*, pour ainsi dire, simultanément et indépendamment.

L'application en était les cas où le traitement médical était resté inefficace et qui avaient été classés comme des cas médicalement « *incurables* ».

Depuis, et bien que les méthodes médicales se soient perfectionnées — rétrécissant, par conséquent, le champ d'action de la chirurgie — le désir de faire entrer le traitement de la paralysie faciale dans le domaine de la chirurgie n'a pas cessé de se renouveler et de recevoir des apports nouveaux. C'est ainsi que la méthode primitive s'est perfectionnée et qu'il s'en est créé d'autres, basées sur les données différentes.

On peut croire que la voie n'est pas complètement épuisée et longtemps encore excitera l'ingéniosité des chirurgiens.

Mais cette multiplicité même des méthodes, cette recherche constante de nouveaux moyens d'action, nous font déduire que la thérapeutique chirurgicale de la

paralysie faciale ne donne, actuellement, pas toujours de satisfaction complète et de résultats incontestables.

Cette incertitude — même dans les cas d'indication théoriquement judicieuse — fait que, dans l'état actuel des choses, on est porté à procéder simplement à une correction plastique, au lieu de faire subir au malade une intervention non toujours exempte d'inconvénients.

Peut-on, afin d'atténuer, sinon éviter, ces inconvénients, se laisser guider par un facteur quelconque ? Et d'abord :

Combien de temps après le début de la paralysie, l'intervention se trouve-t-elle le plus favorable ?

En général, les résultats paraissent plus probants dans les cas récents.

Mais, souvent, cette éventualité ne se pose pas. Le chirurgien qui est consulté examine le malade quand plusieurs moyens médicaux ont été essayés. Ceux, particulièrement atteints de paralysie « *a frigore* » ou d'origine autre que les lésions du rocher, viennent un an, deux ans et plus après le début de la maladie.

On peut les opérer, si l'intervention est acceptée, avec plus de chances au succès le plus tôt possible. Il ne faut, cependant, pas croire qu'il existe une limite de temps où cette chance est irrévocablement nulle.

BALLANCE a entrepris d'opérer un malade dont la paralysie datait de cinq ans. Une petite malade de HACKENBRUCH était âgée de 8 ans et avait sa paralysie dès l'âge de 3 mois. Les résultats ont été appréciables.

Une deuxième question de grande importance est le choix de la méthode. Sans pouvoir délimiter toutes les

paralysies faciales en catégories bien distinctes et indiquer pour chaque catégorie la méthode qui doit être appliquée, nous essayerons d'établir l'orientation que doit prendre le chirurgien en face de chaque cas particulier.

Les facteurs de cette orientation sont les suivants :

- a) la nature de la lésion ;
- b) le siège de la lésion et
- c) son ancienneté,

Les traumatismes extra-craniens (chirurgicaux ou non), les tumeurs, les cicatrices provoquant une section ou compression du nerf facial dans sa portion extra-pétreuse, réclament, en premier lieu, les procédés de la chirurgie nerveuse générale. Surtout dans les cas récents. Pour les cas très anciens, l'opération de Leriche, s'il s'agit de la branche supérieure du nerf, est à pratiquer ; la myoplastie, s'il s'agit de la branche inférieure.

Mais quand la lésion, manifestement, n'intéresse pas la portion extra-pétreuse, elle peut être, cliniquement, liée à une affection auriculaire caractérisée ou bien peut rester indéterminée par sa nature et son siège précis dans le rocher.

Dans ces deux éventualités, il faudrait recourir à l'évidement pétro-mastoïdien.

L'évidement seul amène, souvent, comme l'ont montré le P^r P. SEBILEAU et le D^r ROCHARD, une guérison spontanée. Il faut donc, selon ces auteurs, pratiquer l'évidement non seulement quand les lésions pétreuses sont cliniquement bien manifestes, mais aussi quand l'investigation clinique ne relève rien,

L'exploration minutieuse du canal de Fallope peut accompagner l'évidement. Elle peut être faite après, si le résultat de l'évidement est resté négatif. Dans ce cas, la résection du canal de Fallope peut être décidée d'emblée suivant la technique de CHIPAULT ou celle de MOURE.

Les lésions en cause sont les plus variées : l'otite aiguë, catarrhale ou purulente, l'otorrhée chronique avec cholestéatome, ostéite pétreuse, nécrosante ou non, séquestres, fongosités, enfin hyperostose du canal de Fallope et les compressions du nerf de toute sorte.

La libération du nerf étant faite et la continuité rétablie on assiste à la régénérescence de sa portion atrophiée et à la disparition de la paralysie.

C'est alors, si la paralysie persiste, qu'il faudrait recourir à la neuroplastie ou à la myoplastie.

La neuroplastie sera prélevée quand le siège de la lésion est intra-pétreux. La myoplastie quand cette lésion touche les branches périphériques du nerf.

Enfin, avec ou sans interventions, on peut tenter une correction purement plastique des inconvénients de la paralysie faciale. C'est surtout la lagophthalmie et la déviation de la commissure buccale qui donnent ensemble l'asymétrie si disgracieuse et caractéristique aux facies atteints de paralysie unilatérale.

L'opération de LERICHE est une intervention pour remédier à la lagophthalmie.

Pour corriger la déviation de la commissure labiale, plusieurs procédés ont été imaginés. Le procédé sous-cutané est particulièrement en faveur.

Signalons, pour terminer, l'appareil de prothèse

de OMBRÉDANNE qui peut rendre service dans quelques cas.

Nous avons donc à étudier :

- a)* le dégagement du nerf facial ;
 - b)* l'anastomose du nerf facial avec un nerf cranien voisin ;
 - c)* les interventions myoplastiques ;
 - d)* l'opération de LERICHE ;
 - e)* les différents procédés de correction plastique.
-

- Avant d'aborder la chirurgie spéciale de la paralysie faciale, il convient de consacrer quelques mots au traitement de la paralysie consécutive à la *section* du nerf.

Généralement, comme accident au cours des opérations mastoïdiennes ou à la suite de ces opérations, la section peut se présenter aussi dans les traumatismes.

La paralysie qui résulte par l'ablation de tumeurs (parotidiennes, par exemple) sur le trajet périphérique du nerf n'est pas due, très fréquemment, à la section, mais à la résection d'une portion du nerf, en quelque sorte intentionnelle et nécessaire.

Quoi qu'il en soit, la suture nerveuse, telle qu'elle se pratique dans la chirurgie nerveuse générale, sera tentée.

La suture immédiate est, parfois, possible.

Alors, bien que la dégénérescence wallerienne de la portion périphérique suive son cours fatal, une suture lâche et solide, après la coaptation aussi exacte que possible des bouts, peut ramener la motilité volontaire, la sensibilité et les réactions électriques normales.

SYDENHAM a réussi, le premier, cette suture dans l'aqueduc de Fallope.

La chose, en réalité, pour les tumeurs, cicatrices ou traumatismes, est plus difficile.

La raison en est qu'il est impossible, après avoir excisé

les névromes, de coapter les deux bouts, périphérique et central, sans tiraillement *a fortiori*, quand il manque du nerf une portion plus ou moins appréciable.

MOURE, dans ces cas, se contente d'affronter les deux bords de la plaie sans procéder à la suture difficile des fibrilles nerveuses.

Une autre condition défavorable est, souvent, présente : C'est quand on intervient dans un foyer septique.

DÉGAGEMENT DU NERF FACIAL

L'intervention première pour dégager le nerf facial — quand la portion périphérique nettement n'est pas en cause — c'est l'évidement classique par trépanation de l'antre, de l'aditus et de la caisse du tympan.

L'évidement est suffisant chaque fois qu'il s'agit de cicatrisation vicieuse, des esquilles, de compressions de toute origine se manifestant cliniquement comme section complète ou partielle du nerf. Mais la nature exacte des lésions n'est, souvent, relevée que pendant l'acte opératoire, surtout dans les cas récents.

Si, après l'hémostase absolue du champ opératoire par un tamponnement et une instillation d'adrénaline, la lésion en cause n'est pas relevée indiscutablement — il faut explorer minutieusement quelques points particulièrement vulnérables du trajet du facial, à savoir :

- a) au niveau de la paroi postérieure du conduit ;
- b) au seuil de l'aditus ;
- c) sur la paroi interne de la caisse.

Au niveau de sa portion mastoïdienne (*a et b*) les parois du canal de Fallope peuvent se trouver cariées et le nerf dénudé de sa gaine osseuse, — cependant,

anatomiquement, ces parois sont plus résistantes qu'au niveau de la caisse (c). Le nerf, en effet, dans sa portion tympanique se trouve dans une gaine osseuse très mince (parfois déhiscente) et, en outre, saillante.

Il suffit de la constatation d'une fistule ou d'une cellule limitrophe atteinte d'ostéite pour décider l'élargissement de plusieurs millimètres du point attaqué, afin d'enlever les fongosités, les séquestres, le tissu cicatriciel pour libérer le nerf.

ALT, en 1903, a montré à la Société de Chirurgie de Wien plusieurs malades atteints de paralysie faciale complète qui ont subi cette intervention. Quand la lésion se trouvait à la hauteur de la fente ovale, ALT l'agrandissait, et en soulevant le nerf, nettoyait soigneusement la gouttière pour replacer l'organe. Les résultats ont été excellents puisque les malades ont guéri.

Rappelons que comme l'a justement remarqué BARANY, l'hémostase doit être parfaite et l'on doit agir avec beaucoup de précautions pour ne pas occasionner de blessures au canal semi-circulaire horizontal.

Si la paralysie persiste et les réactions électriques indiquent la gravité de la lésion — il faut recourir à la résection du canal de Fallope (*fig. 1*).

C'est l'opération de CHIPAULT.

Elle comprend trois temps :

1° INCISION. — Elle est rétro-auriculaire, située dans le creux rétro-maxillaire et fait suite à l'incision de l'évidement qu'elle prolonge de deux centimètres environ plus bas que la pointe de l'apophyse mastoïde ;

2° RECHERCHE DU TRONC STYLO-MASTOÏDIEN. — En résectionnant toute la pointe de la mastoïde, il faut reconnaître à l'aide d'une sonde cannelée les points de repère pour trouver d'abord le nerf facial. Ces points sont : *en arrière*

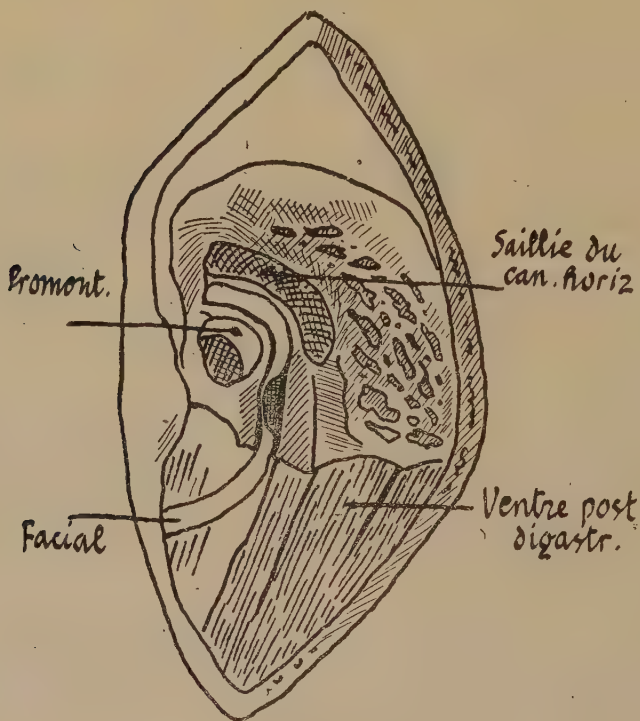


FIG. 1. — Résection du canal de Fallope (d'ap. G. LAURENS)

le ventre postérieur du digastrique ; *en avant*, le bord postérieur de la parotide. Le nerf se trouve, accompagné de l'artère stylo-mastoïdienne, à une profondeur de trois centimètres environ, allant obliquement de la

parotide vers la mastoïde. Il est séparé, dans le plan profond des muscles pré-vertébraux par leur aponévrose qu'il faut reconnaître. Une fois trouvé, il faut suivre le facial jusqu'à la base du crâne. Pour avoir son point d'émergence toujours sous les yeux on peut le charger sur un fil de catgut.



FIG. 2. — Sculpture du canal sans résection d'apophyse mastoïde (d'ap. MOURE)

3° SCULPTURE DU CANAL DE FALLOPE. — Le point d'émergence du facial, qui est le trou stylo-mastoïdien, et le seuil de l'aditus vont nous servir de points de repère pour ce troisième temps de l'opération. Il faut avoir à sa disposition une gouge moyenne bien affilée. Par de petits coups dirigés parallèlement au trajet du nerf (qui ici est presque rectiligne) il faut enlever le couvercle du canal

en avançant de proche en proche, à partir du trou stylo-mastoïdien jusqu'au seuil de l'aditus (1)

Ce travail demande beaucoup de patience, étant long, et beaucoup d'attention. Il est particulièrement délicat au voisinage du seuil de l'aditus, le nerf décrivant ici le coude et changeant de direction. Il faut la suivre, toujours en dénudant le facial et sans le blesser, jusqu'à sa position horizontale, au niveau de la paroi interne de la caisse inclusivement.

C'est ainsi qu'on trouve, souvent, l'os modifié par des fongosités, des esquilles, du pus ; le trajet normal du canal complètement changé, et le nerf, souvent atteint de névrite, dilacéré, comprimé, éraillé, sectionné (*fig. 2*).

Un tamponnement peu compressif de la cavité et un pansement terminent l'opération.

(1) MOURE suit dans le sens inverse.

NEUROPLASTIE

Cette méthode consiste à créer des anastomoses entre le nerf facial par son bout périphérique et les fibres motrices des nerfs craniens voisins.

Dans la circonstance, ce sont les nerfs de la XI^e, IX^e et de la XII^e paires.

Le spinal a été le premier en date à recevoir l'anastomose. BALLANCE l'a pratiqué en 1895, J.-L. FAURE, en 1898. Plus tard ont été essayés (et nous verrons pourquoi) le glossopharyngien, par SCHAEFFER en 1903 et le grand hypoglosse, par KOERTE, ALEXANDER, en 1904.

Depuis, et même après l'inauguration d'autres méthodes, la neuroplastie est entrée dans la pratique chirurgicale courante et on en trouve dans la littérature de très nombreuses observations.

La technique de l'opération, cependant, n'a pas changé. Différente selon le nerf choisi auquel on anastomose le facial paralysé, la technique la plus simple est celle de J.-L. FAURE pour le spinal.

Elle consiste à

- a) découvrir le facial ;
- b) découvrir le spinal ;
- c) faire une suture entre la branche périphérique du facial et la branche centrale du spinal.

a) L'INCISION suit le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, dans le sillon rétro-auriculaire, et est d'une longueur de 12 cm. environ à partir de la pointe de l'apophyse.

Après avoir fait l'hémostase, lié l'auriculaire postérieure, il faut récliner en avant le bord postérieur de la parotide et dégager le bord antérieur du digastrique. Ensuite, chercher l'apophyse styloïde dont le nerf contourne la base et sentir bien le relief du *nerf facial*, à une profondeur de deux centimètres environ en dedans de la pointe de la mastoïde.

Le trajet du nerf, à ce niveau, est incliné de haut en bas, d'arrière en avant et légèrement de dedans en dehors. Avec du fil de soie on passe le nerf à travers sa tunique externe pour l'amarrer.

b) Pour la RECHERCHE DU SPINAL il faut continuer de dégager le digastrique, du côté de son bord postérieur.

Pour le voir dans toute la longueur du ventre postérieur du digastrique on réclinera fortement le sterno-mastoïdien. Le spinal apparaît, couvert de l'aponévrose, sous le digastrique, à une distance de 5 ou 6 cm. de la pointe. Il suit un trajet vertical en bas et en dehors pour entrer dans la masse du muscle sterno-mastoïdien par plusieurs branches.

On amarre le spinal sur un fil, comme le facial.

c) Avant de procéder à LA SUTURE des deux nerfs, on résèque la veine jugulaire externe sur une longueur de 2 cm. environ pour en faire une gaine protectrice contre le tissu cicatriciel post-opératoire. On sectionne alors le facial à sa sortie du trou styloïdien, le spinal, à son en-

trée dans le muscle sterno-mastoïdien (*fig. 3*). Après avoir passé la gaine préparée sur le spinal on suture sans tiraillement son bout central avec le bout périphérique du facial. Pour cette suture Lecène recommande

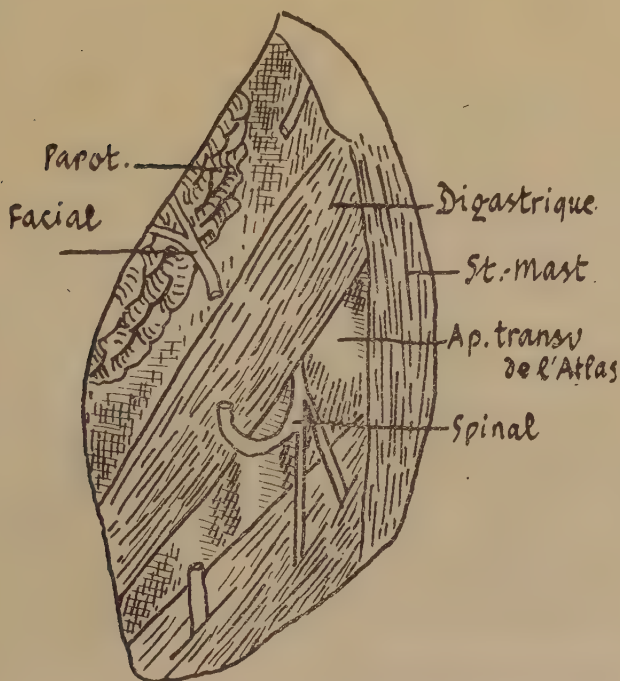


FIG. 3. — Anastomose spino-faciale

la soie floche. Il faut ensuite avancer la gaine pour couvrir la suture même et la fixer avec du catgut 000 aux nerfs.

La fermeture de la plaie se fait sans particularités.

Ainsi pratiquée, l'anastomose est dite *termino-termi-*

nale. Mais on peut éviter le sectionnement du spinal et faire une suture *en boutonnière*, comme MANASSE, ou *en lambeau*, c'est-à-dire le bout périphérique du facial taillé sur le spinal intact, mais légèrement avivé (HACKENBRUCH).

La différence des techniques quand il s'agit de glosso-pharyngien ou de l'hypoglosse et la difficulté d'exécution de l'anastomose avec ces deux nerfs est bien compréhensible. La ténuité des nerfs des ix^e et xii^e paires, surtout la profondeur à laquelle ils se trouvent — rendent leur recherche plus minutieuse, la libération des chefs plus ardue, la suture — obligatoirement fine — plus délicate.

Il faut y ajouter le danger plus grand d'hémorragies et d'infection post-opératoire.

Malgré cela, et bien que récemment encore la suture spino-faciale a été appliquée (WERTHEIMER et CARGASSONNE, de Lyon) dans plusieurs cas — actuellement, la plupart des chirurgiens paraissent préférer l'anastomose hypoglosso-faciale.

Cette intervention comprend trois temps :

- a) découverte du facial ;
- b) découverte de l'hypoglosse ;
- c) suture du bout périphérique du facial avec le bout central de l'hypoglosse.

a) La DÉCOUVERTE DU FACIAL se fait d'après la même incision et de la même façon comme dans l'anastomose spino-faciale.

b) Pour trouver L'HYPGLOSSE, il faut, toutefois, faire

une seconde incision, continuant la première, horizontalement. Après avoir traversé le tissu cellulaire sous-cutané et les aponévroses cervicales, superficielle et moyenne.

On arrive au paquet vasculo-nerveux compris entre

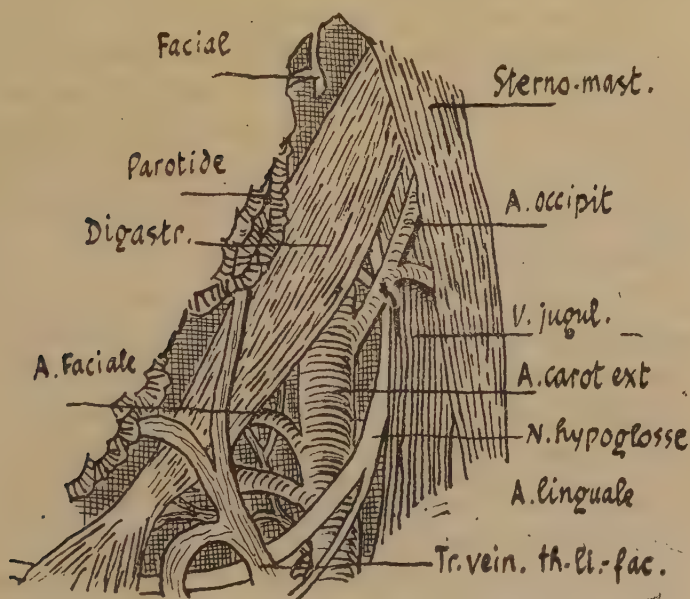


FIG. 4. — Anastomose hypoglosso-faciale (d'ap. MARION)

le bord antérieur du sterno-mastoïdien et le bord postérieur du digastrique jusqu'à la grande corne de l'os hyoïde (fig. 4). On repère immédiatement l'artère carotide externe, ici dans sa portion superficielle, et l'artère occipitale qui en émane, en arrière, pour se diriger en haut,

On voit l'hypoglosse contournant l'artère occipitale et laissant la veine jugulaire en arrière, suivre un trajet courbe en avant et en bas. Dans ce trajet le nerf croise la carotide (1) et couvre le point d'émergence du tronc (non-toujours commun) thyro-linguo-facial pour passer ensuite sous le digastrique.

On passe un fil de soie et on amarre le nerf.

c) Avant de procéder à la section des nerfs — il faut préparer, comme dans l'opération de J.-L. FAURE, une gaine protectrice prélevée sur la veine jugulaire externe. La gaine prête — il faut couper le facial aussi près que possible du trou stylo-mastoïdien et l'hypoglosse un peu avant son passage sous le muscle digastrique.

On peut éviter la section complète de l'hypoglosse en adoptant la manière de MANASSE, de HACKENBRUCH ou celle de SHARPE qui consiste à diviser le nerf en deux parties longitudinales dont l'une reste intacte et l'autre sert à l'anastomose.

La SUTURE PROPREMENT DITE se fait comme dans l'anastomose spino-faciale.

Les semaines suivantes — pour accélérer la marche de la guérison et augmenter le degré de profit de l'intervention — on appliquera un traitement électrique prudent.

Mais les résultats définitifs ne sont acquis que plusieurs mois après.

Quels sont ces résultats?

(1) C'est avant ce croisement qu'on trouve la branche descendante de l'hypoglosse qui a été préférée à l'hypoglosse même.

Dans l'anastomose spino-faciale : *au repos* : la face est plus symétrique. La tonicité des muscles est en partie récupérée. Les réactions électriques (méthode de Bourguignon) réapparaissent. La lagophthalmie est un peu diminuée.

Mais *l'expression des émotions* n'est faite que par le côté sain du visage. Et si le malade veut faire contracter les muscles du côté opposé il essaie de faire, volontairement, un petit mouvement de l'épaule correspondante ; à cette impulsion volontaire répond une contraction brusque des muscles de l'hémiface anastomosée. Cette contraction intéresse *tous* les muscles et ce n'est pas une expression qui en résulte, mais une grimace. Et elle a lieu à chaque élévation de l'épaule.

Cependant, une rééducation n'est pas impossible, bien que parfois longue. Du moins, elle peut être avancée à un degré bien admissible.

L'autre inconvénient, après le disgracieux « tic », non moins important, est l'atrophie progressive du trapèze. Les mouvements de l'épaule sont peu modifiés, néanmoins, il est ennuyeux, parfois, d'assister à la fonte du trapèze privé de son nerf dont la transplantation n'arrive pas à faire contracter les fibres sclérosées des muscles du côté paralysé.

Surtout, cette atrophie est définitive et irréparable.

La raison pour laquelle les chirurgiens ont été incités de s'adresser à l'hypoglosse est que les noyaux d'origine de l'hypoglosse se trouvent plus près que ceux du spinal, des noyaux d'origine du nerf facial,

Dans l'anastomose hypoglosso-faciale l'aspect du malade *au repos* n'est pas plus symétrique que dans l'anastomose spino-faciale. Les inconvénients sont de même ordre. Ils n'ont changé que de territoire. Mais ils sont moins gênants.

Pour provoquer la *contraction des muscles de la face* (qui sera toujours en bloc, sans dissociation) l'impulsion volontaire et un petit mouvement de la langue sont indispensables. Mais ce mouvement (contrairement à ce qui se passe dans l'anastomose spino-faciale) est plus discret puisque le malade a, en ce moment-là, la bouche fermée. La rééducation est plus facile, moins longue. Enfin, l'hémiatrophie linguale est peu gênante pour la mastication et pour la parole.

En somme, la méthode anastomotique (surtout hypoglosso-faciale « en lambeau » dont LECÈNE était un chaleureux partisan) est un moyen d'action d'une ingéniosité extrême pour rétablir dynamiquement les fonctions disparues. Physiologiquement, donc, elle est parfaite.

Mais ses résultats ne sont pas toujours complets et, souvent, ses inconvénients dépassent, en importance, les troubles qu'on cherchait à guérir.

En principe, donc, la neuroplastie ne sera appliquée que quand l'atrophie des muscles de la face n'est pas bien avancée.

LES INTERVENTIONS MYOPLASTIQUES

L'incertitude des résultats d'anastomoses nerveuses et la gravité esthétique de la paralysie faciale ont décidé de chercher d'autres solutions.

LEXER, de Königsberg, a proposé le premier, de transplanter les muscles sains sur des muscles paralysés en vue d'une correction statique, au moins de la paralysie faciale.

Etant, en quelque sorte, régional, « segmentaire », ces transplantations empruntent des lambeaux musculaires d'étages différents de la face selon qu'il s'agit de la paralysie de la branche inférieure ou de la branche supérieure du facial.

Dans le premier cas LEXER utilise un lambeau taillé au dépens du masseter, lambeau qui est ramené sous la peau vers la commissure buccale où il est fixé ; GOMOU préfère le sterno-mastoïdien. Enfin JIANU a recours au digastrique ou au stylo-hyoïdien parce qu'innervés par le glosso-pharyngien et facial à la fois.

Dans le second cas, quand il s'agit de la branche temporo-faciale, c'est toujours le temporal qui fournit le lambeau à transplanter.

Il est évident que ces deux interventions peuvent être faites sur le même sujet et en une séance opératoire sans inconvénient.

La technique opératoire est des plus simples ; l'anesthésie locale est de règle.

Pour la paralysie faciale inférieure et en transplantant le masseter, cette technique comporte trois temps.

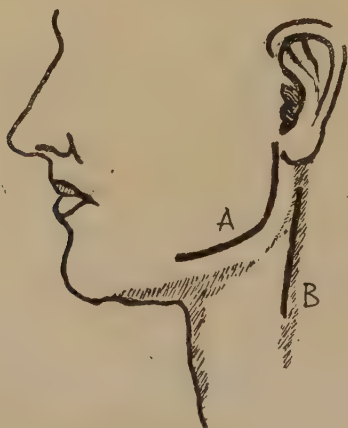


FIG. 5. — A. Tracé d'incision pour lambeau massétéрин
B. pour lambeau sterno-mastoïdien

A. — L'INCISION (*fig. 5*) est verticale, commençant sous le lobule de l'oreille, parallèle au bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur jusqu'à l'angle où elle devient horizontale et légèrement ascendante. On dissèque les téguments en haut et en avant jusqu'au voisinage de la commissure labiale.

B. — LA TAILLE DU LAMBEAU musculaire se fait en isolant du masseter un faisceau antérieur qu'il faut désin-

sérer du maxillaire. Sa largeur est de un à deux centimètres. La séparation longitudinale est suivie jusqu'à la moitié du muscle en ayant soin de ne pas sectionner le nerf masséterin.

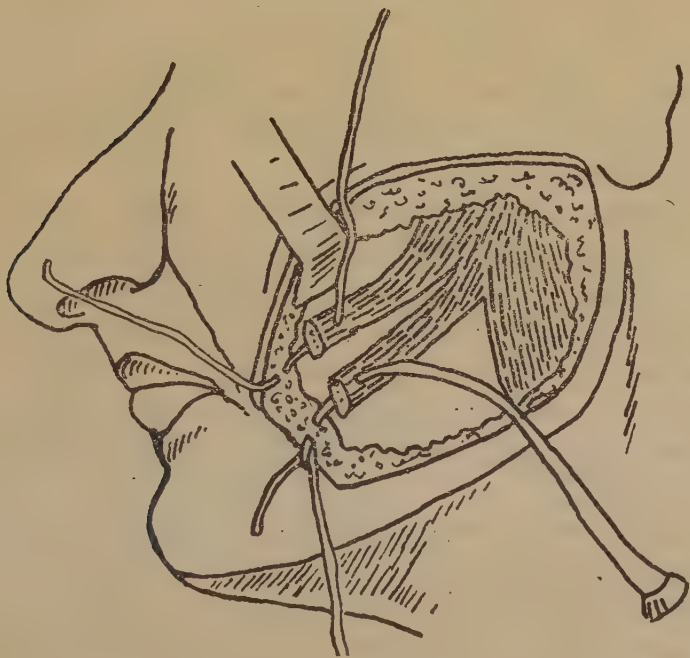


FIG. 6. — Myoplastie pour paralysie faciale inférieure
(d'ap. Gomoïu)

C. — Ensuite, à l'aide du doigt introduit dans la bouche on fait proéminer la commissure labiale. C'est à elle qu'on ramène, en cheminant dans l'épaisseur de la joue, le lambeau — à bout simple ou divisé (*fig. 6*) pour l'y fixer par plusieurs points de suture.

La fermeture de la plaie se fait par des points intradermiques. Les suites sont simples.

Les variantes de cette intervention diffèrent l'une de l'autre surtout par l'incision qui ici est d'une grande importance, comme dans toute intervention de chirurgie esthétique de la face.

EDEN, LEXER au début, à plusieurs reprises, ont pratiqué l'incision suivant le sillon naso-labial (*fig. 7*). Cela oblige une dissection sous-cutanée allant presque jusqu'à la parotide.

MORESTIN, après une incision sous-maxillaire, décollait les parties superficielles jusqu'au centre de la face et au-delà. Il découvrait ensuite le bord antérieur du buccinateur et en l'attirant en arrière le fixait au bord antérieur et à l'aponévrose du masseter.

Dans l'opération de GOMOIU, en tout point comparable à celle de LEXER, c'est le sterno-mastoïdien qui fournit le lambeau.

A. — L'INCISION (voir *fig. 5*) longe le bord antérieur du sterno-mastoïdien de façon à dissimuler la cicatrice qui va en résulter, dans le sillon rétro-maxillaire. Elle a une longueur de 10 à 12 cm. et on commence deux centimètres à peu près au-dessous du lobule de l'oreille. En ménageant les nerfs du plexus cervical et en écartant le tissu cellulaire. On arrive au muscle même qui est dégagé en sa face antéro-externe en une longueur de plusieurs centimètres.

B. — LA TAILLE DU LAMBEAU se fait en fendant, d'abord, le muscle longitudinalement pour en séparer une portion du mastoïdo-sternal. Ensuite, on décolle du mus-

de une longueur égale à la distance mastoïdo-commis-
surale. On coupe en bas la portion isolée et on l'attire
en avant.

C. — Avant de procéder à LA SUTURE même — il est

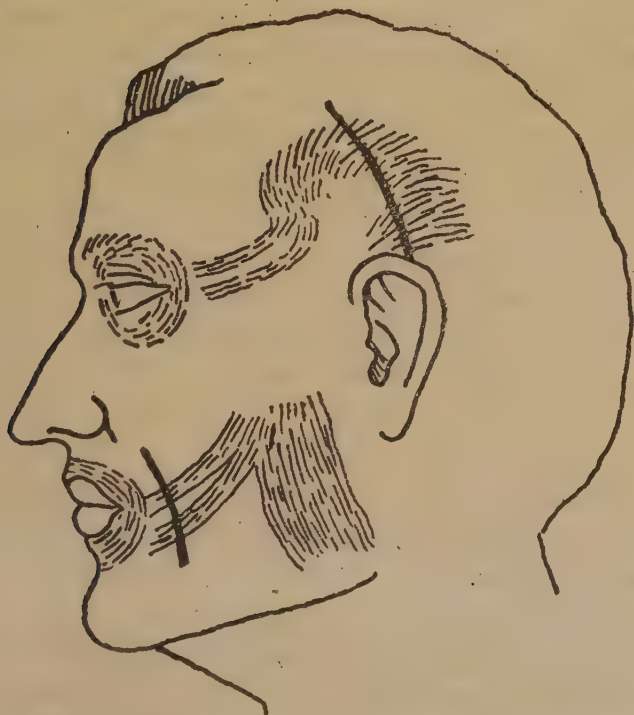


FIG. 7. — Opération de Lexer pour par. fac. infér. et supérieure
(d'ap. OMBREDANNE)

indispensable de créer dans les tissus de la joue à
l'aide du doigt, du bistouri ou de la sonde cannelée—une
sorte de tunnel allant jusqu'à la commissure. Il faut
aussi tailler le bout du lambeau musculaire comme

épaisseur et comme longueur et le diviser en deux, l'un pour la lèvre supérieure, l'autre pour la lèvre inférieure.

Pour chaque bout du faisceau musculaire il faut passer un long fil. L'aiguille va amener le fil de la profondeur à la superficie en passant par les téguments de la joue, tout près de la commissure paralysée. Il faut alors tirer les deux bouts du fil en tendant ainsi le muscle transplanté en légère hypercorrection et les lier sur un petit rouleau de gaze. Pendant ce troisième temps, comme dans l'opération de LEXER, le doigt est introduit dans la bouche pour faire saillir la commissure.

On peut mettre quelques points supplémentaires pour plus de sécurité. Il faut éviter absolument les points perforants muqueux et les blessures au canal de Sténon.

La fermeture de la plaie ne présente rien de particulier. Les suites sont simples.

Avec le digastrique et le stylo-hyoïdien, comme l'a préconisé et pratiqué JIANU l'opération n'est pas beaucoup différente.

Pour la paralysie faciale supérieure on emprunte un faisceau du muscle temporal. Par une incision parallèle à la ligne des cheveux et un peu en arrière d'elle pour masquer la cicatrice, on arrive à l'aponévrose du temporal qu'on coupe pour mettre à nu le muscle (*voir fig. 7*). C'est de sa partie antérieure qu'on taille le lambeau musculaire à pédicule supérieur, qui sera attiré par un tunnel creusé dans la lèvre antérieure de la plaie jusqu'à l'angle externe de l'œil.

Un fil passé au bout du lambeau est ressorti à travers la peau, près la commissure palpébrale. Il faut alors tendre les deux bouts du fil en hypercorrection et les lier.

Le Dr DUFOURMENTEL termine l'opération par une petite blépharorrhaphie externe.

MORESTIN prélevait un lambeau temporal à pédicule inférieur, mais cela nécessitait une incision plus avancée pour décoller les téguments, ce qui donnait, par conséquent, une cicatrice plus apparente.

Les résultats de ces interventions sont presque toujours satisfaisants. Pour la paralysie inférieure : Le sillon gingivo-buccal est fermé et les aliments ne s'y accumulent plus pendant la mastication. Surtout, esthétiquement, le facies est incontestablement plus symétrique au repos. C'est bien assez pour une intervention qui n'a pas de prétention de rétablir la physiologie du jeu des muscles de la face et qui s'exécute avec une grande facilité, pour ainsi dire, sans risques.

Les résultats, en ce qui concerne la paralysie de la branche supérieure du facial sont aussi encourageants que dans la paralysie inférieure. Ici, cependant, l'opération de LERICHE est venu éclipser la myoplastie. La myoplastie supérieure ne sera, donc, appliquée que dans les cas où l'opération de LERICHE, pour une raison quelconque, sera contre-indiquée.

L'OPÉRATION DE LERICHE

Cette méthode, inaugurée par LERICHE en 1919, s'adresse au système nerveux sympathique pour remédier à la paralysie faciale, mais surtout à la paralysie de la branche orbiculaire du facial. Cette dernière se traduit, comme on le sait, par lagophtalmie et épiphora.

Quand la lésion ne se traduit cliniquement que par ces symptômes, cette méthode trouve, donc, pleinement son indication. Cependant, elle peut rendre de grands services dans bien des cas de paralysie faciale tronculaire.

L'opération consiste en la résection du ganglion supérieur du sympathique cervical, ou, en la section de la chaîne sympathique au-dessus du ganglion cervical inférieur.

En la faisant à ce niveau, LERICHE et FONTAINE se sont inspiré de la disposition anatomique des filets sympathiques qui se rendent aux muscles du globe, en particulier au muscle lisse de Müller, de Horner (?), filets qui quittent la chaîne sympathique au-dessous du ganglion cervical moyen.

NOWIKOFF, PATEL, SANTY les premiers ont confirmé en tout point la justesse de ces vues.

L'intervention plus logique et plus complète, la résection péricarotidienne est assez difficile et comporte les dangers de léser, une fois l'adventice décortiquée, les organes du paquet vasculo-nerveux.

Et, en pratique, la résection latéro-carotidienne du ganglion homologue au côté paralysé se montre suffisante et donne presque les mêmes résultats.

La voie d'accès est

trans-sterno-mastoïdienne,

c'est-à-dire nécessitant l'incision du muscle sterno-mastoïdien en deux parties pour atteindre le plan sous-jacent ou

rétro-sterno-mastoïdienne.

Cette dernière manière est plus communément adoptée.

L'INCISION suit le bord postérieur du sterno-mastoïdien. Elle est longue de 10 à 12 cm. et intéresse la peau, le peaucier et le tissu cellulaire sous-cutané. Il faut lier la veine jugulaire externe et respecter, si possible, le nerf auriculaire postérieur. A l'aide d'un stylet il faut explorer le tissu cellulaire, où on rencontre quelques veines et ganglions et rechercher le paquet vasculo-nerveux. Le doigt va à la recherche des battements carotidiens. La veine jugulaire interne découverte il faut récliner fortement en avant le paquet vasculo-nerveux avec le sterno-mastoïdien, de façon à voir la face antérieure de la colonne vertébrale.

Le ganglion se trouve à 1 cm. et demi environ du sommet de l'apophyse transverse, derrière la carotide.

Avant de l'isoler en sectionnant toutes les branches

afférentes et efférentes du ganglion il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas de pneumogastrique, qui, ici, est situé en arrière et en dehors et qui descend pour join-

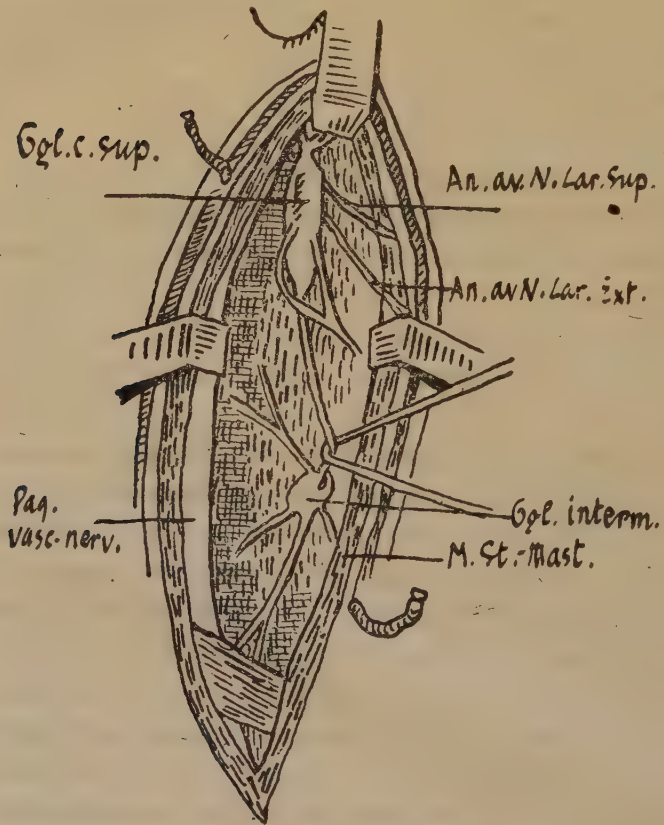


FIG. 8. — Résection de la chaîne sympathique cervicale

dre la carotide. A l'aide des ciseaux courbes mousses l'isolement se fait sans difficulté de tous les côtés, excepté en haut pour les branches carotidiennes (fig. 8). On les

arrachera si l'on ne peut pas les atteindre aux ciseaux.

La fermeture de la plaie se fait sans rien de particulier.

Les résultats sont littéralement immédiats.

Dès le réveil du malade de son sommeil chloroformique on peut se rendre compte des changements survenus. Les patients disent avoir eux-mêmes la sensation de « déraidissement ».

On constate, en premier lieu :

a) La suppression de la lagophtalmie, et

b) la disparition de l'épiphora

et, en une certaine mesure, plus tard,

c) la récupération des mouvements volontaires partiels des muscles de la partie haute du visage.

C'est, en somme, avec, accessoirement, myosis, le syndrome CL. BERNARD-HORNER.

La disparition de la lagophtalmie est due à l'énophtalmie par paralysie du muscle lisse de Mueller, dont une autre conséquence est le rétrécissement de la fente palpébrale. LERICHE explique ces phénomènes par l'action exclusive du muscle droit inférieur.

La disparition d'épiphora a été attribuée à la contraction du muscle de Horner. Mais n'est-ce pas plutôt par l'inhibition sécrétoire des glandes lacrymales ? SICARD le croit.

Le mécanisme des mouvements volontaires partiels, surtout de l'abaissement de la paupière est difficile à élucider en face de faits paradoxaux suivants :

1^o Si, par exemple, on enlève le ganglion *avant* de couper le nerf facial, le sujet ne présente de lagophtalmie à aucun moment (NOWIKOFF) ;

2^o La paralysie de la paupière qui suit la section du nerf facial n'est pas *immédiate* (JABOULAY) ;

3^o La section de la chaîne cervicale amène immédiatement une *surélévation* de la paupière inférieure.

Voici quelques tentatives d'explication de ces phénomènes :

BOTREAU-ROUSSEL, se basant sur les travaux de BOURGUIGNON qui admet l'innervation de certains muscles du visage par les deux nerfs faciaux, pense que les mouvements volontaires sont dus au facial du côté sain, le côté paralysé étant libéré de l'action modératrice du sympathique.

Pour JIANU, il faut admettre l'influence des autres nerfs moteurs ayant des anastomoses avec le facial du côté sain.

Mais l'anastomose facio-facial est hypothétique pour HOVELACQUE. On est encore moins sûr de l'anastomose avec d'autres nerfs moteurs.

En effet, l'expérimentation physiologique (HESSE, BOGOMOLOWA) n'est pas bien démonstrative à ce point de vue.

NOWIKOFF attribue les mouvements volontaires récupérés à l'influence tonique du ganglion du côté opposé dont l'action ne serait plus entravée par le ganglion homologue du côté paralysé.

Enfin, WERTHEIMER et CARCASSONNE émettent l'idée de l'action myotonique *directe*.

Il vaut mieux, pour le moment, s'abstenir d'interpréter tous les faits observés jusqu'à présent à la suite d'ablation du ganglion cervical supérieur et se contenter des résultats excellents de cette intervention.

Elle a, en plus, l'avantage qu'elle peut être combinée avec la méthode myoplastique pour la correction de la déviation de la commissure buccale, soit avec un des procédés de plastique pure qu'il nous reste à décrire.

LA CORRECTION PLASTIQUE

Souvent, c'est le seul traitement chirurgical applicable avec profit et sans inconvénient. Dans d'autres cas, non moins nombreux, la correction plastique vient compléter heureusement les résultats des méthodes précédentes.

Les procédés sont multiples et peuvent être classés en deux groupes :

- a) procédés sous-cutanés ;
- b) procédés cutanés.

Les premiers ont le but de créer des épaissements cicatriciels par l'introduction dans les tissus de la joue d'une anse de fil de soie (JUVARA) qui suit de la commissure à l'arcade zygomatique. Les épaissements cicatriciels, riches en tissu scléreux, longent le trajet de l'anse et maintiennent, pour ainsi dire, en suspension la commissure labiale.

JIANU se sert du fil de lin qui, partant de l'arcade, est disposé en éventail, convergeant vers la commissure paralysée.

BUSCH emploie le fil de bronze. Voici sa manière :

L'incision, d'une longueur de 2 à 3 centimètres, suit

le bord inférieur de l'arcade zygomatique dont elle atteint le périoste. Une autre incision, beaucoup plus petite, est faite au-dessus de la commissure et parallèlement à elle. Le fil de bronze d'aluminium pénètre par l'angle antérieur de l'incision zygomatique pour, après avoir traversé les tissus de la joue, sortir par l'angle antérieur de l'incision commissurale. Après avoir parcouru la longueur de l'incision inférieure le même bout du fil fait le trajet inverse de l'angle postérieur de l'incision commissurale à l'angle postérieur de l'incision haute. Ce trajet est sous-cutané et courbe.

On tend alors fortement les deux chefs et on les noue en légère hypercorrection. Puis, les deux plaies sont fermées par des points de suture fins.

La présence de l'anse dans les tissus de la joue provoque une irritation réactionnelle inflammatoire et finit par créer des adhérences qui maintiennent la commissure paralysée à une hauteur convenable.

La symétrie est parfaite au repos.

La nature du fil est d'une importance capitale. Il doit réunir deux qualités indispensables : la persistance et la tolérabilité.

Il est vrai qu'un fil non résorbable (et intolérable seulement à la longue) peut être enlevé des tissus une vingtaine de jours après l'intervention. Mais la commissure corrigée a une tendance de s'affaïsser de nouveau peu de temps après.

FERRIS SMITH, SHEEHAN, GERSUNY ont résolu le problème en se servant de la *fascia lata*,

A la face externe de la cuisse on prélève de la partie la plus résistante, nacrée, du *fascia lata* une bande d'une vingtaine de centimètres de longueur. Cette bande est découpée en lanières très minces et c'est elles qui vont servir de fil à sutures perdues.

L'une de ces lanières sera utilisée pour la correction

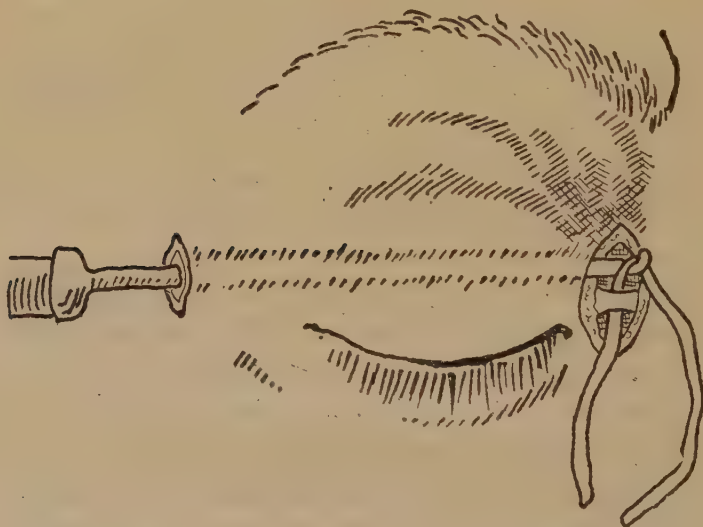


FIG. 9. — Procédé Blair pour paralysie faciale supérieure
(d'ap. Passot)

de la déviation commissurale, selon le procédé décrit plus haut.

L'autre servira à remédier à la lagophtalmie d'après le procédé suivant :

A l'angle interne de l'œil il faut pratiquer une petite boutonnière afin de découvrir le ligament palpébral

interne. Une autre incision, à la même hauteur, de même direction et de même longueur que la première est faite sous les cheveux pour découvrir les fibres du temporal.

La mince bande provenant du fascia est glissée sous le ligament palpébral à moitié de sa longueur.

On fait cheminer, alors, dans les tissus de la paupière une longue aiguille portant à son extrémité un petit crochet (aiguille de Blair) en se guidant de la palpation digitale pour accrocher le plus possible de fibres musculaires de l'orbiculaire (*fig. 9*).

Le crochet de l'aiguille, une fois sortie à l'incision interne, est chargé du chef supérieur de la bande et l'aiguille est retirée. Elle rentre de nouveau, mais pour traverser, cette fois, les fibres musculaires de l'orbiculaire inférieur.

Quand les deux chefs sont amenés à l'incision externe, on les tend fortement et on les fixe aux fibres du muscle temporal. L'œil est en occlusion.

Quelques points de suture fins à chaque plaie terminent l'intervention.

En plus de la symétrie, — le but, en somme, de l'opération — qui, esthétiquement est obtenue d'une façon très satisfaisante, il faut signaler la disparition, tout au moins la diminution considérable, de l'épiphora, phénomène en partie secondaire.

De même, la correction de la déviation commissurale fait éviter la stagnation des matières alimentaires dans le sillon gingivo-buccal et facilite la rétention de la salive dans la bouche.

*
* *

Le procédé cutané est, *dynamiquement*, le moins satisfaisant. Mais il a pour lui l'extrême facilité d'exécution. C'est surtout dans la paralysie de la branche inférieure que ce procédé peut rendre service.

Si les résultats de ce procédé sont toujours sûrs — ils sont rarement définitifs, à moins — combiné avec la méthode sous-cutanée ou la myoplastie.

Il s'agit d'extirper de l'hémiface paralysé un lambeau cutané : de la joue ou de la tempe.

Le lambeau jugal se fait en forme triangulaire avec sommet à la commissure.

Après avoir préparé le champ opératoire, il faut faire le tracé de l'excision, tracé qui n'est là que comme une indication et est susceptible de modifications.

Anesthésie locale à la syncaïne (1/200) adrénalinée (quelques gouttes)

Par deux incisions qui passent du sommet du triangle, on dégage l'angle inclus de la peau qu'on soulève avec une couche légère de graisse sous-jacente. Au fur et à mesure qu'on enlève le lambeau il faut mettre les points de suture en allant dans le sens antéro-postérieur.

Le décollement, si nécessaire, doit être peu étendu et ne doit intéresser que la partie intérieure de la plaie.

Pour éviter des boursofflures résultantes de l'inégalité des longueurs des deux bords de la plaie à fermer — tout en se dirigeant en arrière, on pratique deux excisions latérales triangulaires.

Les points seront faits au catgut de grosseur variable,

à partir de oo qui sera aux extrémités de la ligne de suture. Ils seront enlevés un sur deux à partir du 5^e jour.

La cicatrice, même parfaite, est toujours visible.

C'est pourquoi le lambeau temporal est à préférer quand on s'adresse à la méthode cutanée.

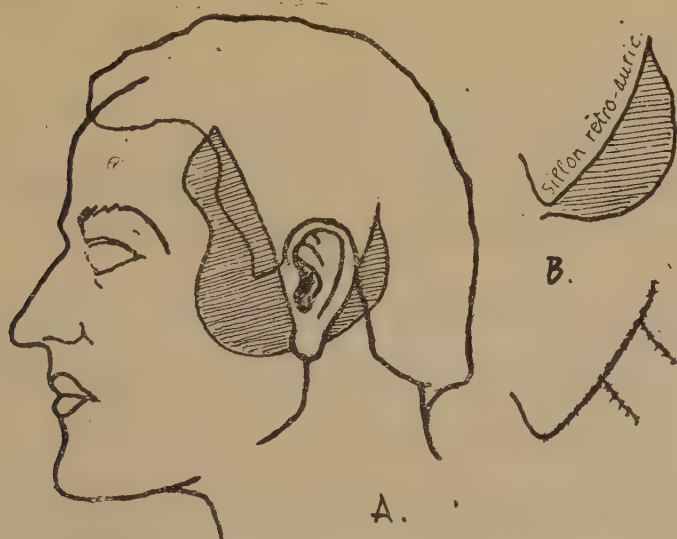


FIG. 10. — A. Procédé cutané
B. Lambeau post. (d'ap. Mme le Dr Noël)

La technique de ce procédé n'est autre que celle appliquée par les chirurgiens spécialisés au traitement esthétique des rides de la face.

Voici comment procède Mme le Dr Noël :

Rasage des cheveux de la tempe. Préparation du champ opératoire. Tracé. Anesthésie.

Les incisions partent d'en haut et en décrivant les courbures différentes (la postérieure, légèrement concave, l'antérieure, concave, puis convexe, enfin, très concave en bas) se rencontrent à la base du lobule de l'oreille.

La forme du lambeau qui en résulte s'approche d'une ellipse allongée avec une encoche rentrante dont la courbe est parallèle à la dernière portion de l'arcade sourcilière (*fig. 10 A*).

Enlèvement du lambeau. Décollement du côté de l'incision antérieure, surtout en bas.

Pour éviter les boursouflures, vu l'inégalité des longueurs des deux incisions, on peut agir de la façon suivante :

Après avoir décollé le lobule de l'oreille, continuer dans le sillon rétro-auriculaire les incisions qui en s'écartant l'une de l'autre limiteront un lambeau auxiliaire dans le cuir chevelu.

Suturant de haut en bas, la peau de la face est tendue sans plissement jusqu'au lobule. Le surplus de longueur de l'incision antérieure sera introduit dans la bordure du lambeau rétro-auriculaire. Au besoin, on fera deux excisions triangulaires (*fig. 10 B*) ayant comme base le bord postérieur de la plaie.

La suture se fait sans difficultés.

Les cheveux seront laissés à repousser et masqueront plus tard, complètement la cicatrice.

*
* *

Le but de l'*appareil prothétique de Ombredanne* (fig. 10) est de réaliser la suspension de la commissure paralysée à l'aide d'un crochet en or, mobile autour d'un tenon qui est fixé à la face externe d'une grosse molaire de l'arcade supérieure. L'extrémité commissurale du crochet est recouverte de vulcanite teintée, comme il con-

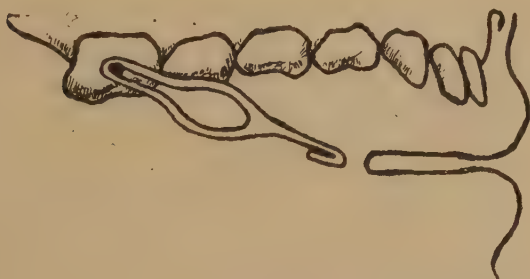


FIG. 11. — Appareil de OMBREDANNE

vient. L'extrémité mobile, dentaire, est en forme d'agrafe de corset. La longueur et la courbure du crochet sont établies pour chaque cas individuellement.

L'appareil est mis et enlevé sans difficulté par le malade lui-même. Il ne sert, d'ailleurs, que « pour sortir » : Sa présence constante finit vite par ulcérer la commissure.

CONCLUSIONS

Nous venons de passer en revue toutes les méthodes opératoires actuellement appliquées au traitement de la paralysie faciale quand celle-ci résiste à tout traitement médical.

Laquelle de ces méthodes trouve son indication dans chaque cas particulier ? Pour le décider, il faut chercher, avant tout, la *cause* de la paralysie. Le *niveau* du trajet du facial à partir duquel cette cause se manifeste est, ensuite, à déceler.

La cause, si elle est connue, relève souvent le niveau de la lésion.

Mais la connaissance du siège de la lésion ne fait conclure à aucune cause particulière. Encore moins sur la modalité de l'action de cette cause.

Et quand ni l'une ni l'autre de ces notions ne peuvent être éclaircies par l'investigation clinique la plus minutieuse on admet qu'il s'agit d'une paralysie « *a frigore* ». Ici le chirurgien n'a pas de préférences nettes pour une méthode particulière et suit son tempérament en s'orientant plutôt vers les procédés plastiques.

L'*ancienneté* de la paralysie, enfin, peut jouer un certain rôle dans la détermination du moyen d'action. Mais

tous les malades viennent voir le chirurgien après l'échec de la thérapeutique médicale, généralement, variée et longue. Tous les cas qui nous intéressent, par conséquent, sont anciens. L'ancienneté, cependant, entre en considération comme facteur de l'atrophie des muscles de l'hémiface paralysée.

Nous classerons, donc, les paralysies faciales, selon leurs causes déterminantes en :

- I. — lésionnelles ;
- II. — accidentelles (opératoires) ;
- III. — traumatiques et
- IV. — intentionnelles (chirurgicales).

et, selon le siège, en :

- a) intra-pétreuses et
- b) extra-pétreuses.

I. — Paralysie lésionnelle.

a) *intra-pétreuse*

C'est la majorité des cas consécutifs aux otites. Il faut pratiquer :

- évidemment pétro-mastoïdien, s'il n'est déjà fait, avec :
- exploration du canal de Fallope ou
- résection du canal de Fallope.

Dans l'insuccès :

- neuroplastie ou
- sympathicotomie avec les procédés statiques.

b) *extra-pétreuse*

Elle est rare. C'est dans ce groupe qu'il faut inclure les paralysies faciales « *a frigore* ». On peut (?) procéder à la

- sculpture du canal de Fallope d'emblée, et, dans l'insuccès, appliquer :
- les méthodes myoplasiques seules ou avec des
- procédés de plastique pure.

II. — Paralyse accidentelle (opératoire).

a) *intra-pétreuse*

(Suture immédiate non-réalisée). S'adresser, avant tout, à la :

- neuroplastie hypoglosso-faciale.

Dans l'insuccès et dans les cas très anciens :

- transplantations musculaires, ou seulement :
- les procédés esthétiques.

b) *extra-pétreuse*, rare.

III. — Paralyse traumatique.

a) *au niveau du rocher*,

(Suture non-réalisée extemporanément).

- résection du canal de Fallope ;
- neuroplastie, ou
- procédés esthétiques.

b) *extra-pétreuse*

(Affrontement post-traumatique des bords de la plaie sans résultat) :

- myoplastie pour la *branche inférieure* ;
- l'opération de Leriche pour la *branche supérieure*.

IV. — Paralysies intentionnelles (chirurgicales) :

a) *intra-pétreuse*

Elles n'existent qu'exceptionnellement et sont judiciables du même traitement que les :

b) *extra-pétreuses*

- l'opération de Leriche *préalable*, ou si elle n'a pas été faite : *post-chirurgicale* ;
- myoplasie inférieure.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président de la thèse
TERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERT. — La paralysie faciale. Résection du gangl. cerv. sup. (*Liège Médical*, 1922, n° 17).

ALEXANDER. — Die ohrenkrankheiten im Kindesalter Leipzig, 1912.

ALT F. — Le dégagement du nerf dans la paralysie faciale (*Revue de Laryngologie*, etc... Moure, 1903).

BLAIR V. — Surgery and Disease of the mouth and jaws (Kimpton, édit., London 1912).

BRÉMOND et BONNET. — Considérations sur les paralysies faciales survenant au cours et à la suite des int. sur mast. (*Revue d'oto-neuro-ocul.*, IV, 1926, p. 692-695).

BUSCH. — Traitement esthétique de la paralysie faciale (*Beitr. zur Anat. Path. ther. des Ohren usw.*, 1910, t, III, p. 380).

CLAOUÉ et VANDERBOSSCHE. — Traité de chirurgie de l'oreille, Paris.

DUFOURMENTEL L. — Présentation de malade à la Soc. des Chirurgiens de Paris, 1928, 1^{er} juin, p. 531.

ESCAT E. — Trait. chir. de la paralysie faciale (*Bruxelles médical*, 1927, p. 363).

ESCAT E. — Trait. de la paralysie faciale (*Annales des maladies des oreilles, etc.*, 1927, t. XLVI, p. 213-221).

EDEN R. — Ueber die chirurg. Behandlung usw. (*Beits. zur Klin. Chir.*, 1911, p. 116-126).

FAURE J.-L. — Trait. chir. de la paralysie faciale (XIV obs.) (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1903).

GOETZ. — Notes sur la chirurgie de la paralysie faciale (*Zentralblatt f. Chirurgie*, 14 avril 1931).

GOMOIU V. — Tratatamentul chir. al paralys. fac. (*Revista de chir.*, 1908, Bucarest, p. 385-407).

GOMOIU V. — Traitement myoplastique de la paralysie faciale (*Lyon chirurgical*, 1913, mai, p. 461).

GRIVOT. — Paralysie faciale opératoire (*Thèse de Paris*, 1903).

JIANU A. — Die chirurg. Behandlung, etc. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1909, p. 377-386).

JIANU et BUZOIANU. — Ablation du ganglion cerv. sup. dans la paralysie faciale (*Lyon Chirurgical*, janvier-février 1928, p. 16).

JABQULAY. — Chirurgie des centres nerveux, t. I, p. 196.

LAURENS G. — Chirurgie de l'oreille, etc. (Masson et Co. édit., 1926).

LAUWERS E. E. — Introduction à la chirurgie nerveuse (Masson et Co. édit., 1931).

LERICHE. — Note sur la lagophtalmie dans la paralysie faciale (*B. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 3 novembre 1926).

LERICHE. — Traitement de la lagophtalmie permanente (*La Presse Médicale*, 17 avril 1919).

LECÈNE P. — L'anastomose hypoglosso-faciale (*Revue Neurologique*, 1920, p. 1113).

LEXER. — Sitzungsbericht des Vereins, etc. (Königsberg, 1908, p. 55).

MARION. — Technique médico-chirurgicale (Maloine, édit., 1926).

MORESTIN. — Présentation de malade à la Soc. des Chirurgiens de Paris, 30 juin 1916).

MACKENZIE (Dan). — La paralysie faciale (*Monographie internationale. d'O.-R.-L.*, 1922, n° 5).

MOURE. — La paralysie faciale de guerre (*La Presse médicale*, 13 avril 1916).

MOURE, LIÉBAULT et CANUYT. — Technique chir. O. R. Laryngologique (Doin, édit., 1930, fasc. 1).

MUNCH. — Cure chir. de la paralysie faciale (*La Semaine médicale*, 2 mars 1904).

NOWIKOFF. — L'ablation du gangl. cerv. sup. (*Lyon chirurgical*, 1924, p. 525).

NOEL (Mme). — La chirurgie esthétique, son rôle social (Masson et C^o, édit., 1926).

OMBREDANNE. — Chirurgie réparatoire et orthopédique (Masson et C^o, édit., 1920).

PASSOT. — La Chirurgie esthétique pure (Masson et C^o, édit., 1931).

PICKEVILL P. — Facial Paralysis and his treat (*Medical Journ. of. Australia*, n° 18, 1928, p. 543).

ROBINEAU (Rapport du Dr). — Sur une observation de Bottreau-Roussel (*Mém. de la Soc. Nat. de chir.*, 1926, 30 octobre).

ROSENBLUTH. — Hémispasme faciale (*Thèse de Paris*, 1927).

SICARD. — Sur le trait de la paralysie faciale (*Revue neurologique*, 1927, p. 343).

SEBILEAU, MOURE, LERMOYEZ, LANNOIS. — Traité pratique d'O. R. L. l'oreille (Doin, édit.).

VERNIEUVE. — Notes sur les paralysies faciales prim. et tard. post.-opér. (*O. R. L. International*, 1920).

WERTHEIMER et CARCASSONNE. — Traitement chirurgical de la paralysie faciale (*Lyon chirurgical*, octobre 1931).

1932. Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.
